In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

.Net LA FACULTÉ

SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

UNIVERSITE D'ALGER BENYOUCEF BENKHEDA

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

COMITE PEDAGOGIQUE DE PHYSIOPATHOLOGIE

3ème Année Médecine

PHYSIOPATHOLOGIE DESOCCLUSIONS INTESTINALES

Dr D. ALLOUDA-HERAOUA.

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

PLAN

I/ INTODUCTION

II/ DEFINITION

III/ PHYSIOPATHOLOGIE

1/ Mécanisme de l'occlusion intestinale aigue

1-1 Occlusions mécaniques

1-2 Paralysie du péristaltisme

2/ Conséquences de l'occlusion

IV/ EVALUATION DU RETENTISSEMENT GENERAL DE L'OCCLUSION

V/ DIAGNOSTIC POSITIF

1- Différencier les 2types d'occlusion

2- Reconnaitre le siège de l'occlusion

VI/ DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

VII/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VIII/ CONCLUSION

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

I/ INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aigüe est une situation potentiellement grave qui engage souvent le pronostic vital quand il y a un retard au diagnostic et/ou quand la prise en charge initiale est insuffisante.
Elle nécessite toujours une hospitalisation en milieu chirurgical et conduit souvent à une indication opératoire avant la survenue des conséquences locales et générales de l'occlusion
Les occlusions intestinales représentent 10 % des douleursabdominales de l'adulte et les occlusionsdu grêle sont 3 à4 fois plus fréquentes que les occlusions coliques.

II/ DEFINITION

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome définit par l'arrêt brusque et complet du transit Intestinal normal.

(Transit intestinal normal = péristaltisme et lumièreIntestinale libre).

Elle est de gravité variable (dépend du site de l'obstacle et de la cause).

Arrêt du péristaltisme = occlusion fonctionnelle (5 à 10%).
Obstruction de la lumière intestinale = occlusion mécanique (90 à 95%).

III/ PHYSIOPATHOLOGIE

L'intestin est un organe creux, dynamique, qui comprend :

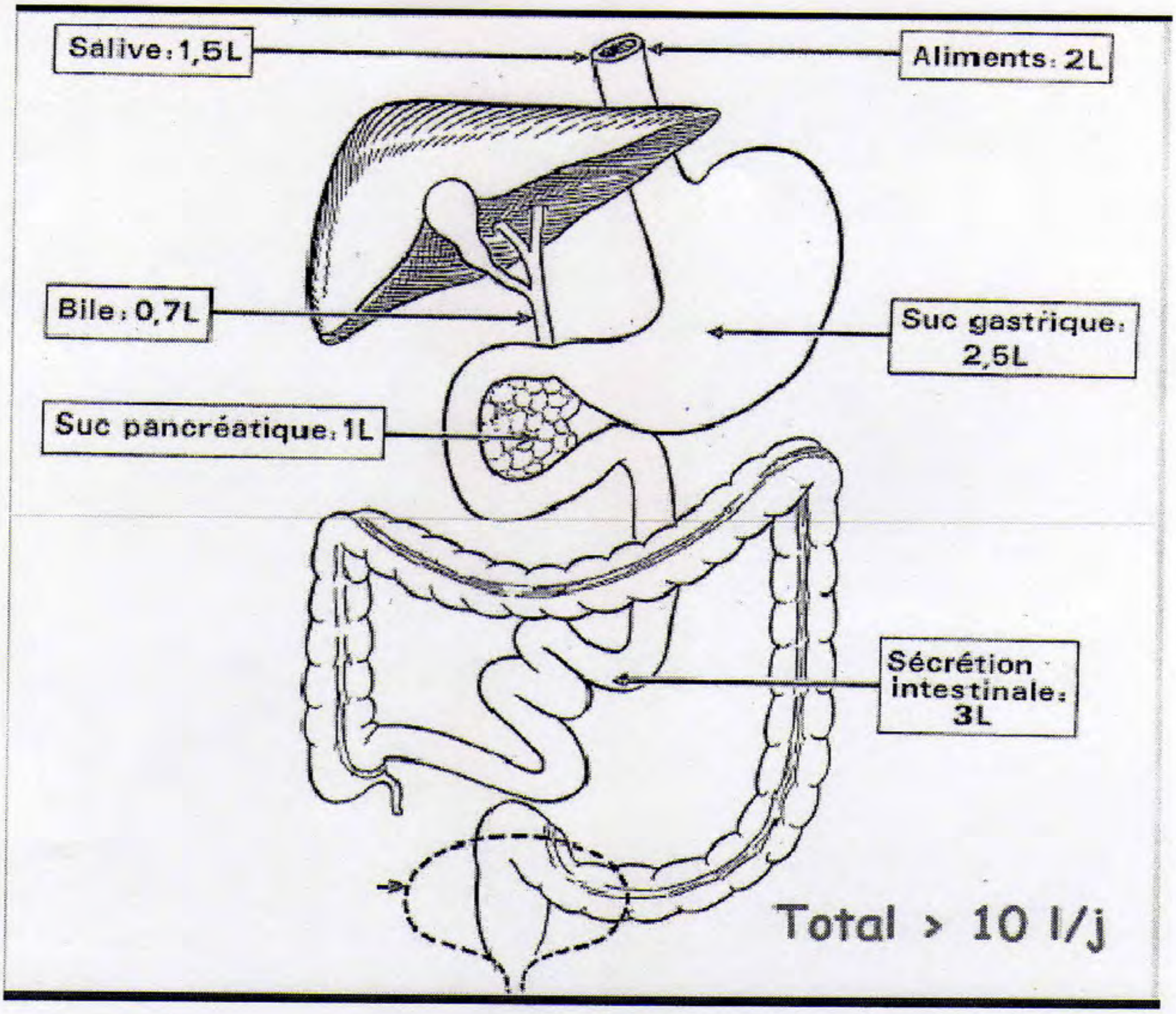
- 6,5 m d'intestin grêle (jéjunum et iléon), mobile.
- 1,5 m de colon, succession de segments mobiles et fixes.

Contenu de l'intestin:

- Air
- Liquides de secrétions digestives
- Aliments
- Bactéries (colon+++).

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

Flux des liquides dans le tube digestif



1- Mécanismes de l'occlusion

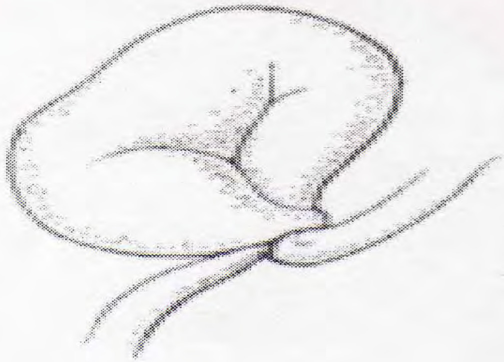
On distingue deux mécanismes :

1- **Soit occlusion par un obstacle et on parle alors d'une occlusion mécanique.**

2- **Soit occlusionpar une paralysie et on parle alors d'une occlusion fonctionnelle.**

1-1- Obstacle mécanique **(Occlusions mécaniques)**

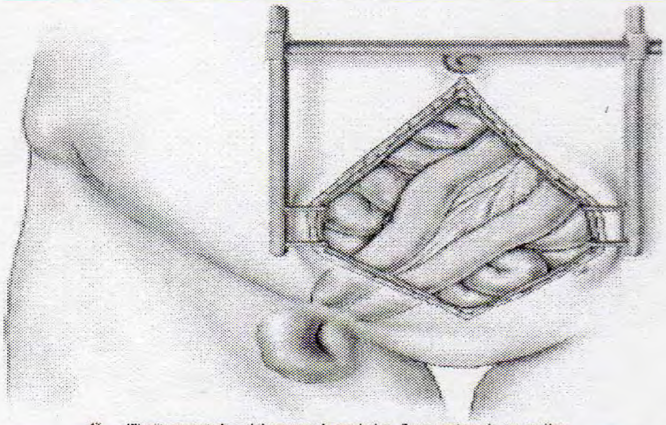
Les occlusions mécaniques sont les plus fréquentes, elles peuvent siéger sur le grêle ou le colon. Leur mécanisme relève soit d'une **obstruction**, soit d'une **strangulation** (bride, volvulus, invagination, où il existe une oblitération des vaisseaux



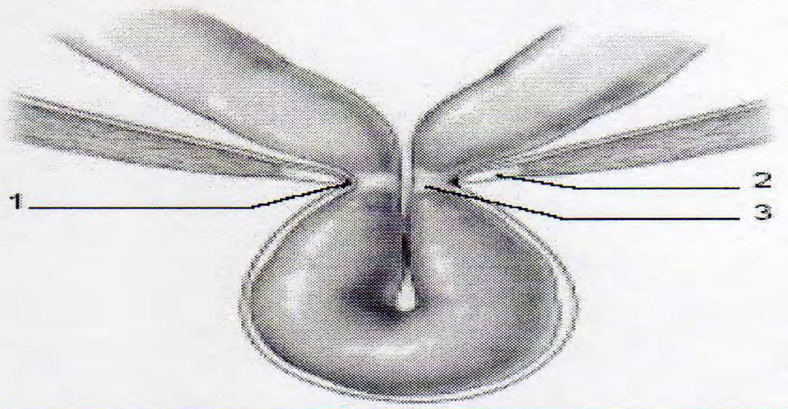
Occlusion
Par strangulation

Occlusion par obstruction

Occlusion du grêle par strangulation (hernie inguinale)



8 *Traitement du phlegmon herniaire. Laparotomie première.*



<u>L'obstacle peut siéger :</u>

• **Dans la lumière** : iléus biliaire, bezoard, parasites, fécalome.

• **Dans la paroi intestinale** : le plus souvent due à une anomalie pariétale.

Cancer, sténoses (sigmoïdite, Crohn, entérite radique,

Ischémie, traumatisme, anastomose, endométriose), hématome pariétal. Invagination

Intestinale.

• **Extra-intestinal** :

- Brides ou adhérences péritonéales
- Carcinose, compression par tumeur de contiguïté
- Hernie.
- Le volvulus = torsion d'une anse sur son pédicule =>ischémie surajoutée.

1-2- ***<u>Paralysie du péristaltisme (iléus)</u>***

• Par réflexe (péritonites aiguës, lithiase urétérale, fracture rachis, hématome rétropéritonéal).

- Par ischémie artérielle ou veineuse.
- Par cause métabolique (hypo K +, acidose), médicamenteuse, maladie générale (Diabète, hypothyroïdie, porphyrie, sclérodermie, saturnisme).

Forme à part = la pseudo-obstruction colique idiopathique ou syndrome d'Ogilvie.

2- Conséquences de l'occlusion

En cas d'occlusion, le liquide digestif s'accumule en amont et cause une distension abdominale. Cette distension diminue l'absorption des liquides et stimule **la fabrication de sécrétions intestinales**. Plus le liquide augmente plus la pression augmente sur la lumière intestinale. Cette augmentation de la pression entraîne une **augmentation de la perméabilité capillaire et le passage des électrolytes dans la cavité péritonéale**.Cette rétention de liquide (3eme secteur) peut causer **une diminution de la volémie avec hypotension et choc hypovolémie.**

En cas de **volvulus ou de strangulation**, une partie de l'intestin est privée de sang et peut donc **nécroser et gangrener** si la prise en charge chirurgicale n'est pas immédiate.

2-1- Dans l'obstruction simple :

Au début lutte puis distension (type occlusion sur bride).

➢ Troisième secteur intra-luminal, pariétal et péritonéal qui entraine :

- Hypovolémie,
- Hyponatrémie,
- Alcalose(hypochlorémie due aux vomissements).
- Insuffisance rénale fonctionnelle au début.

Dans une occlusion sur le côlon, tableau d'installation plus lente, distension est parfois gigantesque (risque de perforation).

2-2- Dans la strangulation (occlusion à anse fermée) :

A l'obstruction s'ajoute :

- L'ischémie
- La prolifération bactérienne avec endotoxémie, translocation bactérienne, choc septique et risque de rupture.

2-3- Dans la paralysie (iléus paralytique):

Les signes au début correspondent à l'étiologie.
Elle est caractérisée par une paralysie intestinale réactionnelle.

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

OCCLUSION

↓

-↑SECRETIONS DIGESTIVES←DISTENSION INTESTIN+VOMISSEMENT

-↓ABSORPTION

↓

STASE VEINEUSE PARIETALE

↓

3éme SECTEUR

↓

HYPOVLEMIE

IV/ EVALUATION DU RETENTISSEMENT GENERAL DE L'OCCLUSION

➢ **Rechercher des signes cliniques d'hypovolémie** :

Tachycardie, hypotension artérielle, oligurie et insuffisance rénale fonctionnelle, mais aussi d'une déshydratation le plus souvent extracellulaire en rapport avec le **troisième secteur**.

➢ **Etudier l'équilibre acido-basique :**

Reconnaître l'alcalose hypochlorémique d'une occlusionhaute.

V/ DIAGNOSTIC POSITIF

Il est habituellement facile

Devant une triade fonctionnelle

- **Douleur :**
  - Aiguë ou sourde
  - Continue ou paroxystique et angoissante
  - Rapidement diffuse
- **Vomissements :**
  - Contemporains de la douleur, mais ne soulagent pas la douleur
  - Alimentaires puis bilieux, puis fécaloïdes
  - Parfois tardifs ou absents
- **Arrêt des matières et des gaz :** valeur surtout de l'arrêt des gaz.

Trois gestes fondamentaux à ne pas oublier (+++) :

- Recherche d'une cicatrice abdominale
- Toucher rectal
- Examen des orifices herniaires.

➢ **Différencier les 2 types d'occlusion :**

- **1- Occlusions fonctionnelle :**

Il n'y a pas de bruit hydro-aérique à l'auscultation ; le liquide gastrique est peu abondant et

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

clair ; les signes généraux cliniques et biologiques sont modérés.
La radiographie montre une dilatation diffuse du grêle et/ou du colon (aéroiléie ou aérocolie).
On les rencontre lors :
- d'un épisode douloureux intra- ou rétro-péritonéal (colique néphrétique),
- au contact d'un foyer infectieux (appendicite, sigmoïdite), d'un foyer inflammatoire (pancréatite aiguë), de sang intra-ou sous-péritonéal (fracture du bassin)
- chez les diabétiques
- chez les vieillards atteints de troubles neurologiques (maladie de Parkinson) ou de troubles psychiatriques.

- **2- Occlusion organique :**

- Occlusion par strangulation

La douleur est d'apparition **brutale**, elle est permanente et **intense**. Les conséquences générales sont précoces et se traduisent par **l'apparition rapide d'un état de choc.**
L'examen retrouve en général un météorisme asymétrique voire une défense localisée. Il existe un **silence auscultatoire**. l'ASP (radiographie de l'abdomen sans préparation) peut montrer une anse dilatée en arceau avec deux niveaux liquidiens.
Les reconnaître est fondamental car elles s'accompagnent d'emblée de lésions vasculaires.
L'existence de cet élément ischémique rend compte de l'extrême urgence. Il faut intervenir avant le stade irréversible de la nécrose qui implique une résection intestinale et avant le stade de perforation et de péritonite qui aggrave encore le pronostic.

- Occlusion par obstruction

Le début de la maladie est progressif, les douleurs sont moins intenses, les vomissements sont tardifs et parfois absents. Le météorisme est diffus. Il existe un hyper-péristaltisme intestinal responsable de crises douloureuses abdominales à type de coliques intermittentes, suivies parfois d'une sédation avec des bruits de gargouillis ou une débâcle de matières,
Le retentissement général est tardif et souvent latent. À l'auscultation, on retrouve une augmentation des bruits hydro-aériques.
Les radiographies montrent des images variables en fonction de l'étiologie mais leur topographie est diffuse.
L'urgence est moins grande que dans les occlusions par strangulation, mais il ne faut pas oublier que tout retard aggrave la distension d'amont et fait apparaître un risque vasculaire pariétal secondaire et un retentissement général.

➢ **Reconnaitre le siège de l'occlusion**

la distinction entre les occlusions du grêle et les occlusions du colon est à la fois clinique et radiologique.
- Dans les occlusions du grêle, les vomissements sont précoces, l'arrêt des matières et des gaztardif, **les signes de déshydratation extra-cellulaire sont marqués** et ceci d'autant plus que l'obstacle siège haut. L'ASP montre des niveaux liquides plus larges que hauts, nombreux, centraux.
-**Dans l'occlusion du colon,** les vomissements sont tardifs, l'arrêt des matières et des gaz Précoce ; **les signes de déshydratation extra-cellulaire sont modérés**. Les niveaux hydroaériques sont plus hauts que larges, de siège périphérique.

VI/ DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Un volvulus au niveau du grêle est évoqué si on retrouve	1 balafré de l'abdomen. 1 douleur brutale péri-ombilicale intense. la précocité des vomissements et des signes généraux. le météorisme immobile / défense localisée et matité des flancs. l'anse distendue avc ses 2 niveaux à l'ASP et 1 épanchement en écho
l'occlusion du grêle par obstruction, en revanche	par tumeur ou rétrécissement, progressive, parfois incomplète
Les volvulus du colon	Le volvulus du colon pelvien est le + fréquent . le volvulus du caecum
Les cancers du colon, surtt le colon gauche	Tumeur perçue parfois au TR. rarement palpable sauf tumeur colon droit
Iléus biliaire	Femme âgée, parfois lithiasique connue, occlus° par à coups ; ASP : calcul centro- abdominal et aérobilie
Pseudo- obstruction du côlon chez la P.A alité et/ou sous neuroleptiques	Fécalomes. syndrome d'Ogilvie
l'occlusion fébrile fait rechercher	La péritonite localisée avc avt tt l'abcès appendiculaire, la sigmoïdite diverticulaire, l'iléite segmentaire de Crohn
Les occlus° post- opératoires précoces	Diagnostic et ttt difficiles
Les occlus° symptômes réalisant des syndromes occlusifs paralytiques, évoquent	Ts les processus infectieux intrapéritonéaux : la pancréatite aiguë

VII/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les affections médicales provoquant une occlusion par réflexe (iléus réflexe) doivent être reconnues car elles ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale :

- Infarctus du myocarde à forme abdominale ;
- Colique néphrétique ;
- Pancréatite aiguë hémorragique ;
- Infarctus du mésentère...

VII/ CONCLUSION

L'occlusion intestinale aigüe est une urgence abdominale car elle engage souvent le pronostic vital et elle nécessite toujours une hospitalisation en milieu chirurgical et conduit souvent à une indication opératoire avant la survenue des conséquences locales et générales
De ce fait le diagnostic doit être précoce et la prise en charge initiale optimale.